

Estudio de la evolución de 238 otoplastias mediante encuesta de satisfacción

R. Aguilar, C. Soto, S. Barrena, M. Díaz, J.C. López, Z. Ros, J. Tovar

Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

RESUMEN

Objetivo. La procidencia auricular es un problema frecuente que puede ser fuente de importantes alteraciones psicosociales. El objetivo de este trabajo ha sido valorar la repercusión psicosocial, resultado y grado de satisfacción de los pacientes tratados en nuestro Servicio por orejas procidentes en los últimos 4 años.

Material y Método. Se han evaluado mediante encuesta telefónica a 127 pacientes intervenidos en nuestro Servicio siguiendo el protocolo para otoplastia definido en nuestro centro mediante técnica de Mustardé.

Resultados. Se realizaron un total de 238 otoplastias en 127 pacientes (87% procedimientos bilaterales). La edad media fue de $8,15 \pm 3,25$ años (rango = 1-15 años). El tiempo medio de seguimiento fue de $27,15 \pm 13,62$ meses, (rango = 4-52 meses).

En 78 pacientes (62%), la objetivación del problema provenía del entorno (padres o pediatra), y en los 49 restantes (38%), del propio paciente. Cuando el niño demandó la consulta existía un trastorno social previo, y en 16 afectaba a su rendimiento escolar. Todos los pacientes con alteraciones sociales y/o escolares recuperaron su autoestima tras el procedimiento. La complicación local más frecuente fue el rechazo de algún punto (9,4% de los casos). Dos de los pacientes se encuentran "algo mejor", el resto están "mejor" o "mucho mejor". Se ha producido recidiva en 8 pacientes (6,29%), 3 recidivas parciales y 5 recidivas completas.

Conclusiones. La otoplastia de Mustardé es una técnica simple indicada en casos evidentes de procidencia auricular, pero también debe considerarse en niños donde la percepción del problema es importante y con transcendencia social y escolar.

PALABRAS CLAVE: Procidencia auricular; Otoplastia; Afectación psicosocial.

A SATISFACTION SURVEY OF THE EVOLUTION OF 238 OTOPLASTY

ABSTRACT

Purpose. The prominent ear is a frequent problem that can be a source of important psychosocial troubles. The aim of this paper has been to evaluate the psychosocial repercussion, cosmetic result and degree of satisfaction in patients treated at our Institution for prominent ears in the last 4 years.

Correspondencia: Raquel Aguilar Cuesta. Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil La Paz. Madrid. Pº Castellana, 261. 28046 Madrid.
e-mail: raquelnita@hotmail.com

Recibido: Mayo 2007

Aceptado: Enero 2008

Material and Methods. A questionnaire has been sent to 127 patients. All of them underwent Mustardé's otoplasty.

Results. 238 otoplasty were performed in 127 patients (87% bilateral procedures). The mean age was $8,15 \pm 3,25$ years (range: 1-15 years), with a follow-up of $27,15 \pm 13,62$ months (range: 4-52 months). Sixty-two % of the patients underwent otoplasty without having self-image affected while 38% of the group were patients older enough to see surgery to correct a long-standing defect. Patients did not require a period of postoperative psychosocial adjustment to their new appearance. Two patients described their results of surgery as little improvement. Three undergo partial recurrence and 5 suffered from total recurrence. All of the patients resume their lives with an improved level of self confidence.

Conclusions. Otoplasty is a safe procedure for prominent ears to be considered in children with psychosocial, emotional or behavioural effects.

KEY WORDS: Prominent ear; Otoplasty; Psychosocial disturbances.

INTRODUCCIÓN

La procidencia auricular es la malformación craneofacial más frecuente, con una incidencia de aproximadamente el 5%^(1,2). No suele asociarse a otras anomalías o síndromes, suponiendo un problema estético que en muchas ocasiones origina trastornos psicológicos y sociales, hecho particularmente importante en la infancia. Hemos realizado un estudio retrospectivo de las otoplastias realizadas por procidencia auricular en nuestro Servicio en los últimos 4 años, con en objetivo de valorar el resultado, la repercusión psicosocial y el grado de satisfacción en estos pacientes mediante encuesta telefónica.

PACIENTES Y MÉTODOS

Durante los años 2003-2006 se han realizado 238 otoplastias por procidencia auricular, siendo excluidas del estudio el resto de intervenciones por otro tipo de malformaciones auriculares complejas. En todos los casos se siguió el protocolo para otoplastia de nuestro Servicio. Según este, una vez indicada la operación, el paciente debe pasar un estudio preope-

ratorio básico, consistente en analítica y revisión anestésica. La técnica quirúrgica utilizada consiste en la plicación del antihelio como describió Mustardé con suturas irreabsorbibles, asociando en algunos de ellos una sutura concho-mastoidea y se realiza con sutura monofilamento no absorbible⁽³⁾. El paciente acude el mismo día de la intervención, permaneciendo ingresado hasta el día siguiente, momento en el que se realiza una cura en presencia de los padres (que realizarán ellos mismos diariamente) y se les da un informe de alta con la fecha de revisión en nuestras consultas externas al 7º día postoperatorio. El paciente permanece con una banda elástica durante todo el día hasta esa primera revisión; posteriormente la mantiene durante las noches durante los 2 meses siguientes hasta la próxima visita.

Mediante una encuesta telefónica, hemos valorado los diferentes aspectos del proceso, la adaptación social y escolar del niño antes y después de la intervención, y el grado de satisfacción con el resultado.

RESULTADOS

Durante 2003-2006 fueron operadas un total de 238 orejas en 127 pacientes, realizándose procedimientos bilaterales en 111 casos (87%), con una distribución por sexos de 69 niñas (54%) y 58 niños (46%). La edad media fue de $8,15 \pm 3,25$ (rango = 1-15 años) y el tiempo medio de seguimiento fue de $27,15 \pm 13,62$ meses (rango = 4-52 meses).

En 78 pacientes (62%), la consulta se debía al entorno del niño, bien por parte del pediatra o por los propios padres. En los 49 restantes (38%), era el propio paciente quien demandaba el tratamiento. En todos los casos en los que el niño solicitó la intervención existía un trastorno social previo, y en 16 de ellos, afectaba a su rendimiento escolar, no pareciendo estar relacionado con la edad del paciente (rango de 5-14 años, con una media de $10,75 \pm 2,66$ años), ni con el sexo (V: M=9:7).

No se han producido hemorragias ni necrosis, y la complicación local más frecuente fue el rechazo de algún punto, que ocurrió en 12 pacientes (9,4%), y precisó retirada del mismo en el 50% de los casos.

Se realizaron reoperaciones por recidiva en 6 pacientes (4,72%), 3 de los cuales presentaban recidiva parcial y 3 total. Sólo 2 de los pacientes pendientes de reintervención se encuentran "algo mejor", existiendo pacientes que han rechazado la reoperación por considerarla innecesaria. El resto están "mejor" (n=25) o "mucho mejor" (n=100). No existió relación entre el rechazo de los puntos y la recidiva.

DISCUSIÓN

La procidencia auricular es la anomalía craneo-cervicofacial más frecuente, con una incidencia aproximada del 5% en la raza caucásica. Su etiología es desconocida, existiendo una incidencia familiar de tan sólo el 8%, con variaciones

según las series, que en nuestro caso ha sido de 3,1%^(1,2). No existe predilección por sexo.

El pabellón auricular está compuesto por 5 elementos fundamentales: concha, hélix, antihélix, trago y lóbulo^(3,4). La alteración de uno o varios de estos elementos y de sus relaciones entre sí producen anomalías auriculares. Todos los autores coinciden en que las causas más frecuentes de protrusión auricular son el hipodesarrollo o ausencia del pliegue helicoidal, la presencia de una concha demasiado profunda (que está presente en casi todos los casos) y las alteraciones del lóbulo. Existen, además, factores que contribuyen a acentuar el defecto, como la apófisis mastoidea prominente o la plagiocefalia^(2,3,5). La identificación correcta de las alteraciones anatómicas causantes de la procidencia auricular en cada paciente es el paso fundamental para obtener resultados satisfactorios⁽⁵⁾.

Se han descrito más de 200 técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas para el tratamiento de esta anomalía^(2,3,5,6). Dentro de los procedimientos no quirúrgicos, Matsuo, en 1990⁽⁵⁾, utilizó moldes maleables fijados con Steri-strips® para el tratamiento de la protrusión auricular en neonatos. Sorrimis M y cols., en 2002⁽⁷⁾, describieron un sistema basado en la aplicación de clips y adhesivos que pueden emplearse desde el período neonatal hasta los 5 años de edad obteniendo un porcentaje de éxitos del 89%. La primera otoplastia fue realizada por Ely en 1881. Morestin, en 1903, fue el primero que describió las suturas concho-mastoideas y las de Mustardé, si bien pasó desapercibida durante varias décadas. Stenstrom y Pierce describieron la técnica del raspado del cartílago auricular para obtener y/o estabilizar el pliegue helicoidal⁽⁸⁾. En la actualidad se han descrito numerosas variantes de estas técnicas. Así mismo, se han realizado procedimientos en los que se realiza reposicionamiento del músculo auricular posterior^{1-3,5,6}. Recientemente, Oswaldo Pereira-Filho y cols. han descrito la corrección de la procidencia mediante una única incisión auricular posterior sin resección cutánea que han denominado endotoplastia, con la obtención de buenos resultados⁽⁸⁾. En nuestro estudio, todos los pacientes fueron operados con la técnica de Mustardé, asociando en algunos de los casos la sutura concho-mastoidea por su sencillez y buenos resultados.

Independientemente de la técnica escogida, los objetivos que deben conseguirse con su utilización son, básicamente, un pliegue helicoidal adecuado y una distancia concho-mastoidea dentro de los límites normales, para así obtener unos pabellones auriculares de aspecto natural y simétrico, con los mínimos signos visibles de intervención quirúrgica. Las complicaciones postoperatorias descritas para esta intervención son el dolor y los hematomas, la infección de la herida quirúrgica, las complicaciones relacionadas con las suturas, las irregularidades en el cartílago y la recurrencia de la procidencia. Todas ellas son poco frecuentes.

En series semejantes a la de nuestro estudio realizadas en adultos o en adultos y niños, se obtienen unas tasas de recidiva que oscila entre el 5 y el 10%, y de extrusión de algún punto del 10%, similares a los obtenidos en nuestra serie (4,7% recidivas; 9,4% rechazo puntos).

En cuanto al tiempo de utilización de la banda elástica postquirúrgica, que en nuestro estudio es de 24 horas al día los 7 primeros días y 2 meses durante la noche, empleada con el fin de evitar traumatismos, formación de hematomas y mantener la nueva forma auricular, Ramkumar y cols.⁽⁹⁾ han realizado un estudio prospectivo en el que no encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la utilización de la banda durante los primeros 10 días o únicamente las primeras 24 horas, aunque sí mantienen su uso nocturno. Esto podría ser beneficioso, ya que son frecuentes los problemas relacionados con el vendaje estos primeros días, incluso se han descrito casos de necrosis⁽⁹⁾. No obstante, en nuestro estudio no se ha producido ningún tipo de complicación de este tipo.

Es bien sabido que la procidencia auricular en la población pediátrica es una fuente de importantes alteraciones psicosociales. Los niños son más vulnerables ante los comentarios que les ridiculizan acerca de un defecto y, precisamente, como ya publicó Mc Gregor en 1978, los menores son mucho más directos en estos comentarios, ya que aún no han adquirido el sentido de la diplomacia y la capacidad de autocontrol⁽⁵⁾. En aquellos que no han desarrollado las habilidades sociales necesarias que les permiten hacer frente a esta situación (la mayoría), estas burlas les producen un sentimiento de rechazo y una bajada de la autoestima. Aparece una angustia que puede llegar a manifestarse mediante síntomas somáticos (enuresis, dolor abdominal), conductas agresivas o incluso ansiedad o depresión. Esto, a la larga, puede acabar produciendo una alteración del desarrollo psicológico del niño. Por ello, la corrección de la procidencia auricular ha demostrado mejorar no solo un trastorno estético, sino también problemas de autoestima y del desarrollo psicosocial de la infancia. De hecho, varios artículos de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética considera necesaria la corrección quirúrgica de algunas anomalías de los niños, entre las que incluye la procidencia auricular. De forma objetiva, podemos decir que existe procidencia auricular cuando el pabellón auditivo se proyecta más de 15-20 mm o más de 21-30 grados sobre el plano temporomandibular. No obstante, existen muchos pacientes que demandan la otoplastia y no alcanzan estos valores. Si bien la detección del límite entre el defecto físico objetivo y la percepción de deformidad puramente subjetiva no siempre es fácil, el análisis conjunto de las alteraciones anatómicas y las alteraciones psicosociales que producen, junto con la información detallada de la intervención con los resultados esperables en su caso y del período postoperatorio y las posibles complicaciones, nos ayudan a tomar la decisión adecuada en cada paciente.

En cuanto a la realización de la otoplastia en edades precoces, y aunque sigue siendo un tema controvertido, Gosain y cols.⁽¹⁰⁾ demostró que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los resultados obtenidos en pacientes operados antes de los 4 años de edad con respecto a los de mayor edad, argumentando que sería preferible una corrección

temprana que evitara el inicio de las posibles alteraciones psicosociales en el paciente afecto⁽¹⁰⁾. Por el contrario, Lin y Furnas⁽⁵⁾ argumentan que los menores de 5 años raramente se encuentran afectados por los comentarios respecto a los defectos físicos y, además, suelen presentar dificultades de cooperación durante el proceso (miedo a la operación y limitaciones en las actividades durante el postoperatorio), por lo que toman esta edad como límite inferior para la indicación de la otoplastia⁽⁵⁾. Nuevamente se precisa un estudio de cada caso en concreto para decidir la realización de la otoplastia en estos niños.

En resumen, la procidencia auricular es una patología frecuente en la edad pediátrica que debe ser vigilada y corregida cuando ocasione o se prevea que ocasionará en el futuro alteraciones psicológicas y/o sociales considerables. Esta corrección debe realizarse con una técnica sencilla y con la que se obtengan buenos resultados estéticos con las mínimas complicaciones posibles.

CONCLUSIONES

La otoplastia de Mustardé es una técnica simple indicada en casos evidentes de procidencia auricular, pero también debe considerarse en niños donde la percepción del problema es importante y con transcendencia social y escolar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scuderi N, Tenna S, Bitonti A, Vonella M. Repositioning of posterior auricular muscle combined with conventional otoplasty: a personal technique. *Aesth Plast Surg.* 2007; 60: 201-204.
2. Yugueros P, Friedland J. Otoplasty: The Experience of 100 Consecutive Patients. *Plast Reconstr Surg.* 2001; 108(4): 1045-1051.
3. Sevin K, Sevin A. Otoplasty with Mustarde Suture, Cartilage Rasping, and Scratching. *Aesth Plast Surg.* 2006; 30: 437-441.
4. Mandal A, Bahia H, Ahmad T, Stewart KJ. Comparison of cartilage scoring and cartilage sparing otoplasty- A study of 203 cases. *Aesth Plast Surg.* 2006; 59: 1170-1176.
5. Lin S, Furnas D. Prominent ear. *eMedicine Specialities*, 2007. www.emedicine.com.
6. Connolly A, Bartley J. "External" Mustarde suture technique in otoplasty. *Clin Otolaryngology.* 1998; 23(2): 97-99.
7. Sorribes M, Tos, Mirko M D. Nonsurgical Treatment of Prominent ears With the Auri Method. *Ach of otolaryngol.* 2002; 128(12): 1369-1376.
8. Yuen A, Coombs C. Reduction otoplasty: Correction of the Large or Asymmetric Ear. *Aesth Plast Surg.* 2006; 30: 675-678.
9. Ramkumar S, Narayanan V, Laing JHE. Twenty-four hour or 10 days? A prospective randomised controlled trial in children comparing head bandages following pinnaplasty. *Aesth Plast Surg.* 2006; 59: 969-974.
10. Gosain A, Kumar A, Huang G. Prominent Ears in Children Younger than 4 Years of Age: What Is the Appropriate Timing for Otoplasty? *Plast Reconstr Surg.* 2004; 114(5): 1042-1054.